

ÉSTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACIÓN SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y COMO PUEDE SER REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. PORFAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.

Por ley se nos requiere mantener una privacidad sobre datos de su salud y proveerle con un aviso de nuestras obligaciones y practicas privadas. Debemos seguir los términos del aviso y aplicarlo ahora mismo, pero le reservamos el derecho de cambiar los términos.

Como nuestro cliente, datos sobre usted tienen que ser usados y revelados a otras entidades que ofrecen tratamiento, pago e intervenciones del cuidado de su salud. Estos usos y revelaciones requieren su consentimiento, e incluyen, pero no son limitados a la siguiente información:

- Un comunicado de información contenido en los archivos financieros o médicos;
- Las enfermedades se propagan de persona en persona, como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el SIDA;
- Abuso de drogas o alcohol;
- Archivos de diagnósticos y tratamientos psiquiátricos;
- Resultados de análisis;
- Historial médico;
- Progreso de tratamiento;
- Información de OASIS (cuidado de salud en casa);
- Cualquier otros datos que sean relacionados

Podríamos revelar lo mencionado a los siguientes:

1. Su compañía de seguro, Medicare, Medicaid, o cualquier otra persona que pague su cuenta por servicios o la persona que vaya a procesar su cuenta por servicios, a fin de que recibamos pago;
2. Cualquier persona de parte de algún programa o compañía de seguro, que lleve acabo sus cuentas, administración de tareas de calidad y riesgos, como auditores de seguro y administración de riesgo por parte del estado;
3. Cualquier hospital, asilo, u otra facilidad de salud donde usted pueda recibir análisis o a la cual puede ser ingresado/a;
4. Cualquier asistencia vital o una facilidad de cuidado personal donde vive;
5. Cualquier medico que le ofrece cuidado;
6. Miembros de su familia o personas que son parte de su plan de servicio, en programas como CSHP, EPSDT, cuidado de salud en casa, cuidado intensivo, etc.;
7. Agencias estatales y federales que actúan en favor de programas, Medicare y/o Medicaid, incluyendo a peritos o auditores de programas como CSHP, EPSDT, WIC, STD/VIH, cuidado de salud en casa, hospicio, PCS, etc.;
8. O cualquier otra persona que proporciona cuidado medico o empiezo de tratamiento.

Podríamos ponernos en contacto con usted para:

1. Proporcionarle recordatorios de citas o noticias sobre otros programas de salud que facilitamos;
2. Levantar fondos o donar artículos para nuestro negocio.

Se nos permite usar y revelar datos sobre usted sin consentimiento en las siguientes circunstancias:

1. En casos de tratamientos de emergencia, si tratamos de obtener consentimiento lo más pronto posible después de tratamiento;
2. Donde obstáculos significantes de comunicación con usted existan y determinamos que el consentimiento claramente causa deducir la situación;
3. Se nos requiere por ley proveer tratamiento y no podemos obtener consentimiento;
4. Donde se requiere usar y revelar por ley;
5. Por ciertas actividades publicas de salud, como reportaje de nacimientos, defunción, heridas, enfermedades, etc.;
6. Cuando creemos sin duda alguna que es victima de abuso, descuido, o violencia doméstica, reportamos esto a una agencia del gobierno que esta autorizada para recibir reportes de abuso, descuido o violencia doméstica;
7. Actividades de descuido por proveedores de salud;
8. Ciertos procedimientos legales de administración ;
9. Ciertos propósitos de imposición de ley;

10. A jueces, examinadores médicos, y directores de funerales en ciertas situaciones (cuidado de salud en casa, hospicio, etc.);
11. Para propósitos de donación de órganos, ojos, o tejido;
12. Para propósitos de investigación;
13. Para prevenir una amenaza seria a la salud y seguridad;
14. Para funciones especializadas del gobierno, incluyendo actividades militares y veteranas, seguridad nacional y actividades de inteligencia, servicios protectivos para el Presidente y para otros; apropiadas decisiones medicas, institución correccional y situaciones de custodia;
15. Para propósitos de indemnización de trabajadores.

Se nos permite usar y revelar datos sobre usted sin consentimiento o autorización con aviso previo y con oportunidad previa de acceder, restringir o prohibir la revelación en las siguientes circunstancias:

1. El uso de un directorio de personas que nos sirven a nosotros;
2. A un miembro de su familia, amigo, u otra persona de su gusto, que pueda asistir en su cuidado o pago por servicios médicos.

Otros usos y revelaciones serán hechos solamente con su aprobación escrita. Esa aprobación puede ser escrita en cualquier momento, excepto en situaciones limitadas.

SUS DERECHOS

Usted tiene derecho, sujeto a ciertas condiciones, de:

1. Pedir límites en ciertos usos y revelaciones de datos sobre usted por llenar una petición. Sin embargo, no estamos obligados a estar de acuerdo con sus límites.
2. Recibir comunicación confidencial de datos de salud por darnos otro domicilio o manera de recibir información de salud.
3. Inspeccionar y copiar datos de salud confidenciales por llenar una petición.
4. Enmendar información protegida de salud por llenar una petición.
5. Recibir una lista de revelaciones hechas de sus datos confidenciales de salud por llenar una petición.
6. Obtener una copia de este aviso por solicitarla, si usted estuvo de acuerdo por recibirlo este aviso por e-mail, fax, o por la red.

QUEJAS

Puede quejarse con nosotros y a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos de los Estado Unidos, si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. No habrá represalias contra usted por someter una queja. La queja tiene que ser sometida por escrito a nosotros y debe declarar el incidente (s) específico incluyendo la fecha, lo que paso y detalles del incidente.

Por más detalles sobre como llenar una petición de queja, comuníquese a:

HIPAA Oficial de Quejas, número de teléfono (208) 415-5103.

ADMISIÓN

He leído este Aviso o se me ha sido explicado. Yo entiendo este Aviso y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información que no entendí.

.....
Firma

.....
Fecha

Este aviso se pone en efecto 16 de Abril del 2003.

Mas detalles pueden ser encontrados en www.phd1.idaho.gov igual que en cada vestíbulo de las oficinas locales.

Para Uso del Empleado Solamente

Los siguientes intentos se hicieron para obtener la admisión:

.....
Sin embargo, la admisión no fue obtenida porque:

.....
Firma:

.....
Fecha: